37e Année. — N° 15. Vendredi 11 Avril 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris : La réorganisation de Saint-Lazare.—**Clinique médicale** : Note sur un cas de duodénite, par le Dr Lesage. — Chancre syphilitique du col, par le Dr Galliard. — **Bibliographie** : Formulaire de thérapeutique appliquée, ou les médicaments et leurs formules classés d'après les indications thérapeutiques, par le Dr A. Ferrand. — **Revue de la presse** : Sur la valeur de la solution hydro-alcoolique de sublimé corrosif dans l'érysipèle et la diphthérie pharyngienne, par Fiaccarini. — Traitement prophylactique de la syphilis par la destruction du syphilome initial, par V.-E. Ingria. — Hémiathétose, par De Renzi. — **Académie de médecine**, séance du 8 avril 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Caféine et poudre de kola. — Choléra infantile et choléra nostras. — **Académie des sciences**, séance du 31 mars 1890, présidence de M. Hermitte : Difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs, par M. le professeur Verneuil. — **Société de chirurgie**, séance du 9 avril 1890, présidence de M. Terrier : Fracture du frontal gauche par un éclat de fusil. — Gliome de la rétine. — Cholécystotomie.—Traitement de l'ectopie testiculaire. —**Société clinique de Paris**, séance du 27 février 1890, présidence de M. Hayem. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance**, séance du 12 février 1890, présidence de M. Garnier. — **Société médicale du VIIe arrondissement**, séance du 22 octobre 1889, présidence de M. Ferrand. — **Nouvelles**. — Index bibliographique. — Bulletin de la mortalité.

PREMIER PARIS.

Paris, le 10 avril 1890.

La réorganisation de Saint-Lazare.

Une des questions les plus discutées vient de surgir de nouveau, et semble se poser définitivement. L'administration, les hygiénistes, les médecins tour à tour s'en occupent, et de toute part les mesures semblent se multiplier pour arriver à une solution depuis longtemps, hélas ! attendue par la Société tout entière, car tout entière elle est intéressée à cette solution.

Nous voulons parler de la question de la prostitution, et des mesures à prendre pour diminuer ses dangers. Les campagnes tour à tour abandonnées, puis reprises pour ou contre la police des mœurs, ont soulevé autant d'indignation chez les uns que d'enthousiasme chez les autres, tant et si bien que, par suite de quelques erreurs inévitables avec un personnel recruté Dieu sait où ? avec des mesures coercitives n'ayant d'autre règle que l'arbitraire et le caprice, on est arriver à supprimer en fait toute police, et à laisser s'offrir impunément à tout passant l'occasion de contracter une blennorrhagie, un chancre induré, un chancre mou, parfois les deux et même les trois.

En haut lieu, à la suite de la discussion de l'Académie et du rapport du professeur Fournier qui l'a terminée, on s'est ému de cet état de chose. Lors de son passage comme sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, M. Bourgeois, le ministre actuel de l'Instruction publique fit, en collaboration avec M. J. Herbette, conseiller d'Etat, pour lequel ces questions sont une cause de préoccupations constantes, une série de réformes qui reçurent leur application dès le commencement de cette année. On ouvrit deux nouveaux services à Saint-Lazare, et à leur tête furent placés les chirurgiens et médecins nommés au dernier concours.

Une partie de la question se trouvait ainsi résolue, on organisait Saint-Lazare, on changeait sa destination. De l'ancienne prison tant redoutée, tant décriée, il ne reste plus que les bâtiments, les prisonnières sont supprimées et on ne doit plus y faire séjourner que les *femmes dangereuses pour la société* par le fait des affections dont elles sont atteintes. C'est une vaste et merveilleuse infirmerie, il ne reste plus qu'à changer son nom pour que son ancienne renommée disparaisse avec l'horreur qu'elle inspirait.

Par l'application de ces mesures, un seul côté de la question trouvait sa solution, on s'adjoignait un personnel médical, on se créait des locaux suffisants, mais la police des mœurs, nous l'avons dit, n'existant pour ainsi dire plus, il faut chercher à atteindre les malades. Comment arriver à ce résultat ?

Dans le *Bulletin médical* du 19 mars dernier, un des nouveaux chirurgiens nommés au dernier concours, le Dr Verchère, notre collaborateur, qui, par sa situation et l'étude qu'il peut faire chaque jour du milieu dans lequel sont recrutées ses malades, était mieux que personne placé pour donner son avis en connaissance de cause, publie un article important à ce sujet. Il démontre l'utilité d'ouvrir largement les portes de Saint-Lazare aux médecins et aux étudiants, de façon à ne pas laisser perdre pour l'enseignement les richesses vénériologiques qui s'y trouvent (il y existe habituellement 5 à 600 malades et l'ancienne prison, actuellement vide et qu'on pourrait transformer en salles de malades, renferme jusqu'à 1600 lits). Nous ne saurions, pour notre part, trop réclamer cet accès, qui ouvrirait un nouveau centre d'enseignement de la vénériologie féminine, alors qu'à Paris il n'y a que Lourcine où l'on puisse l'étudier. Par les moyens qu'indique le Dr Verchère, cet accès serait extrêmement facile, et grâce à quelques précautions, on pourrait le rendre aussi large que possible. Cette extension de l'enseignement répondrait à un desideratum exprimé par le professeur Fournier dans son rapport.

Quant au procédé qu'indique M. Verchère pour at-

teindre les malades, nous pourrions le désigner sous le nom de procédé de douceur ; protestant contre les mesures de violence, il veut, en lui offrant les moyens de se soigner, attirer la malade et la guérir. « La misère, dit-il, est un des moteurs les plus puissants de la propagation des affections vénériennes. Une femme qui n'a comme métier ou comme moyen d'existence (j'établis une nuance) que son corps, est atteinte de blennorrhagie, de syphilis, elle n'a qu'un léger écoulement, que quelques plaques muqueuses ; elle ne pourra nulle part se faire soigner ; aucun hôpital, sauf Lourcine ne l'acceptera, et Lourcine est bien petit pour l'immense armée des prostituées. On les renvoie après leur avoir donné une ordonnance, lorsqu'elles se présentent pour entrer à l'hôpital.

« L'hôpital est fait pour les malades qui ne peuvent travailler, or vous pouvez le faire, dit-on à celles qui demandent un lit ; des plaques muqueuses à l'anus, sur les lèvres, n'empêchent pas de travailler. » Elles retournent travailler, et leur travail c'est la prostitution : que faire ? il faut que ces malheureuses mangent, il faut qu'elles paient leur logement, elles ne peuvent chômer pendant qu'elles sont malades ; elles continuent leur métier, véritables dangers sociaux dont on ne peut les punir ; elles ont droit à l'existence, et vous ne pouvez les forcer à l'inaction, *manu militari*, que du jour où vous leur aurez donné les moyens de ne pas mourir, c'est-à-dire de se soigner spontanément sans mourir de faim.

« Le droit à la vie est imprescriptible, et coupable serait l'Etat s'il condamnait sans donner les moyens d'éviter le châtiment. Ce n'est qu'à cette condition que le devoir de protéger la société, lui confère le droit de violer la liberté individuelle. » Ouvrez donc, propose-t-il, une consultation où les malades pourront elles-mêmes venir demander leur admission, donnez-leur un séjour hospitalier et non pénitenciaire, soignez-les comme des malades « avec des égards » ; hospitalisez-les, continuez à leur donner des conseils lorsque sorties elles viennent à la consultation en demander, établissez des catégories très tranchées entre les différentes classes de malades, les unes ayant été contraintes de le faire par une arrestation alors légale puisqu'elles faisaient un métier dangereux pour autrui, sachant que l'existence et des soins leur étaient largement assurés pendant toute la durée de leur traitement.

Toutes ces réformes sont d'une grande importance et soulèvent des questions qu'il est encore difficile de résoudre, mais nous voyons là une tentative digne d'encouragement, et, dans cette voie nouvelle, peut-être trouvera-t-on là une atténuation aux progrès de ces épouvantables fléaux, la syphilis et la blennorrhagie.

Le rôle de l'Etat, en hospitalisant ainsi ces *dangereuses*, n'est pas un rôle de charité, mais un rôle de défense, et nous croyons que ce rôle ne peut lui être dénié ; nous allons plus loin et, avec M. Verchère, nous dirons c'est un devoir auquel il ne doit pas faillir.

Nous ne savons si toutes les réformes que propose ou défend notre confrère, seront mises à exécution, mais nous pouvons affirmer qu'au point de vue médical, auquel seul nous devons les envisager, elles réuniront les suffrages de tous ceux qui ont à cœur ces graves et urgentes questions d'hygiène sociale.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas de duodénite (1),

par le Dr Lesage.
Ancien interne des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société clinique, l'observation suivante qui offre un certain intérêt, et par sa rareté, et par la difficulté de diagnostic.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, malade depuis cinq ans, d'une douleur très vive, siégeant au creux épigastrique, accompagnée de quelques symptômes de dyspepsie.

Avant l'âge de 16 ans, époque de l'apparition de cette affection, la malade n'avait jamais présenté de signes analogues.

Nous ne trouvons rien de spécial à signaler dans les antécédents héréditaires, sinon que le père est mort d'une affection cérébrale délirante.

La malade est très nerveuse, depuis son enfance, a présenté à plusieurs reprises de petites attaques de nerfs, des accès d'aphonie, qui disparaissaient aussi vite qu'ils apparaissaient. Son caractère présentait une certaine irritabilité.

A l'âge de 9 ans, elle commence à présenter, d'une façon continue, une langue large, étalée, chargée d'un enduit saburral très épais, sans que rien ne puisse en expliquer l'apparition ; il n'existait, en effet, aucun trouble digestif. Peut-être, à cette date, existait-il déjà de l'atonie de l'estomac, que nous verrons exister plus tard.

De 12 à 15 ans, au moment de la puberté, la malade eut à plusieurs reprises diverses éruptions cutanées, qui furent soignées pendant trois ans par de nombreux médicaments dits antisyphilitiques. C'est à la suite de ces éruptions, peut-être à la suite de ces diverses médications, que la malade commence à souffrir de l'estomac. C'est de cette époque, que date le début de son affection.

Depuis cette époque (1884 jusqu'en 1889), la malade souffre de la région épigastrique, peu à jeun, surtout après le repas, malgré la conservation de l'appétit. La malade mange, mais elle est prise de douleurs durant trois heures après le repas. Peu à peu, la dou-

(1) Communication faite à la Société clinique de Paris.

leur prend de l'acuité, ses digestions deviennent lentes. Pendant ces cinq années, la douleur persistant et augmentant de plus en plus, la malade, déjà très nerveuse, devint mélancolique, continuellement préoccupée de cette douleur, si bien qu'elle prit dégoût de tout aliment, non pas par perte de l'appétit, qui était totalement conservé, mais par crainte d'augmenter les symptômes douloureux. Pendant ces cinq années, elle vit un grand nombre de médecins, suivit beaucoup de traitements différents, absorba beaucoup de médicaments.

Malgré le nombre de ces derniers, et peut-être à cause d'eux, la douleur, au lieu de s'amender, ne fit que croître, devint d'une très grande intensité, si bien que la malade, évitant de s'alimenter, maigrit, de plus en plus, comme une famélique. Cependant, malgré l'aggravation progressive de cette dyspepsie douloureuse, il n'y eut ni vomissement, ni hématémèse, ni autre trouble digestif que ce soit. Tout se réduisait à des douleurs qui, peu marquées entre les repas, acquéraient une très grande intensité à la suite de l'ingestion des aliments.

M. le professeur Hayem la vit à cette date pour la première fois, le 9 mai 1889. L'amaigrissement était des plus notables ; l'estomac supportait difficilement le moindre aliment.

La douleur, au creux épigastrique, est peu marquée à jeun; on la réveille surtout par la pression, au niveau de la région médiane du creux épigastrique. A la suite de l'ingestion des aliments, la douleur prend une très grande intensité, qui augmente de plus en plus et acquiert son maximum deux heures après le repas, quelle que soit la quantité ou la qualité du repas. L'ingestion de tout (solide ou liquide) en très minime quantité augmente la douleur. La malade la compare à une « brûlure », à une « plaie à vif ».

Cette douleur est accompagnée de points douloureux que la pression réveille au niveau des dernières vertèbres dorsales.

De plus, la digestion est douloureuse, lente, dure quatre à cinq heures, puis la douleur s'atténue ; on note quelques renvois brûlants. Durant la digestion, l'abdomen très amaigri, plat, presque en bateau, présente un léger ballonnement au niveau de l'estomac ; on peut percevoir l'existence du clapotage stomacal, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale. Cette recherche est assez délicate, car les muscles antérieurs de l'abdomen sont contracturés par la douleur. Absence de nausées, de vomissements, d'hématémèse.

Les selles sont normales. On n'a jamais noté l'apparition de mœlena.

Le foie est normal ; il n'existe pas de signes de lithiase biliaire. Les autres viscères sont normaux. Aucune trace de tuberculose, ni pulmonaire, ni intestinale. Les urines sont normales, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Deux points sont encore à signaler. En premier lieu, il existe de la pharyngite avec sécheresse de l'arrière-gorge et production de mucosités visqueuses, que la malade a peine à détacher le matin au réveil. Elle fut soignée à ce sujet par divers spécialistes. De plus, la bouche est toujours sèche, depuis l'âge de 9 ans, la langue blanche, large, revêtue d'un enduit saburral ; l'haleine est mauvaise.

Pour ne pas augmenter la douleur, malgré la conservation de l'appétit, la malade refuse de s'alimenter, et présente un amaigrissement famélique intense. A cette date, la malade, ne pouvant supporter le régime lacté, est mise au régime suivant :

Le matin, une tasse de thé et un œuf à la coque sans pain.

Midi, viande, purée.

Soir, viande, un œuf à la coque.

La malade avalant le tube stomacal, avec une très grande facilité, on pratique tous les matins un lavage de l'estomac à l'eau bouillie.

Ce régime est suivi jusqu'au 30 mai. Il ne provoque aucune amélioration. L'amaigrissement continue.

30 mai. Le régime est modifié de la façon suivante :

Lavage de l'estomac, tous les deux jours, avec de l'eau de Vichy. Après le lavage, gavage avec une petite quantité de lait et de poudre de viande, et de viande hachée ; kephyr n° 2, durant la journée.

6 juin. Les gavages sont supprimés; ils augmentent la douleur. On continue les lavages, en alternant l'eau boriquée, l'eau salicylée. La malade s'alimente avec un peu de viande hachée, de poudre de viande, et le kephyr.

2 juillet. La malade souffre moins ; on reprend les gavages, mais à la suite du premier, la malade éprouve pour la première fois de la diarrhée, qui cesse d'elle-même avec l'abandon du gavage.

Régime. Eau albumineuse, trois laits de poule, un lavage de l'estomac.

La malade se soutient avec cette faible alimentation jusqu'au 26 septembre.

A cette date, on ne note aucune amélioration, ni dans la diminution des douleurs, ni dans le degré de l'amaigrissement.

26 septembre. Continuation des laits de poule.

Lavage tous les deux jours, avec de l'eau boriquée ou du bicarbonate de soude.

Mouches volantes sur le creux épigastrique (pansement morphiné).

30 septembre. La malade ne peut rien supporter.

Deux lavements de peptone par jour.

Quelques lavages avec de l'eau chloroformée, suivis de l'ingestion d'un lait de poule.

2 octobre. Aggravation de l'état général. La malade

présentant un peu de constipation, on lui administre du calomel.

Continuation des lavages. Laits de poule.

10. La malade ne s'alimente plus. devient somnolente, et meurt le 13 octobre, à sept heures du matin.

Devant ce tableau clinique, quel était le diagnostic le plus plausible.

La malade n'ayant jamais vomi, n'ayant jamais présenté d'hématémèse ; les douleurs étant peu marquées immédiatement après l'ingestion des aliments, et augmentant surtout deux heures après ; l'appétit étant conservé, on ne pouvait guère penser, soit à l'ulcère, soit au cancer de l'estomac. On ne pouvait, en effet, se baser sur l'amaigrissement, car il était purement famélique, la malade ne voulant pas s'alimenter, pour ne pas augmenter la douleur. On ne pouvait penser à la colique hépatique, car la douleur revenait à chaque ingestion alimentaire, car les selles n'ont jamais été décolorées, et il n'y a jamais eu ni d'ictère, ni vomissement. L'absence de constipation ou de diarrhée, l'absence de tympanisme et de colique intestinale ne pouvait faire penser à une affection de l'intestin proprement dit (iléon, gros intestin).

Aussi on penchait vers le diagnostic suivant :

Ulcérations siégeant dans la région pylorique.

L'intensité des douleurs plaidait en faveur de l'existence d'ulcérations. Le maximum de la douleur, survenant surtout deux heures après le repas, l'absence de vomissements et de signes stomacaux, le point de la douleur à la pression, simulant le point de la vésicule biliaire, plaidait en faveur de ce diagnostic. On pouvait rapprocher cette observation des faits d'ulcère du duodénum, relatés par M. Bucquoy, mais dans ces cas, il existe le plus souvent du mœlena, qui a manqué. Un fait, qui venait corroborer ce diagnostic, est le résultat de l'analyse du suc gastrique, faite à deux reprises par M. Winter, suivant sa méthode.

En voici le résultat :

Repas d'épreuve : pain, 60 gr. ; thé 250 grammes.

16 *mai* 89	27 *août* 89
Sondage à la 80e minute	60e minute
Peptones abondants.....	*Id.*
Digestion de l'albumine.....	*Id.*
Hcl : total : 0,372	Hcl 0,386
Fixe : 0,219.....	0,186
Libre : 0,015.....	0,0
Combiné : 0,138.....	0,200
Acidité totale : 0,112.....	0,126

Ces deux analyses démontrent que le suc gastrique est normal, au point de vue de la sécrétion. et de la digestion du blanc d'œuf. La présence d'une notable quantité de peptones indique qu'il restait dans l'estomac des résidus de digestion, dus à ce que l'organe ne se vidait pas, soit par le fait de la légère dilatation de l'estomac, soit par sténose du pylore, consécutive à la douleur. Peut-être cette sténose du pylore est-elle la cause de cette dilatation légère.

L'autopsie fut pratiquée vingt-huit heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, on remarque que la masse intestinale est distendue par du gaz. Ce tympanisme n'existait pas au moment de la mort.

L'estomac, normal en apparence, paraît présenter une dilatation légère. A l'ouverture de sa cavité, on remarque simplement de la *congestion* par zones. La paroi est normale, sans atrophie, ni hypertrophie. Le duodénum et le jéjunum présentent seuls une altération évidente : l'iléon est normal, ainsi que le gros intestin. Le maximum de la lésion est au duodénum, et s'atténue dans le jéjunum, où la muqueuse devient normale. A l'œil nu, on note que toute la muqueuse duodénale et un peu le jéjunum présentent une *teinte violacée intense. Il n'existe pas d'ulcérations.* La surface est grenue, parsemée de granulations saillantes. La coupe de la paroi montre que celle-ci est d'épaisseur normale, mais que les *vaisseaux* sont notablement *distendus* et *remplis de sang*. Telle est la lésion à l'œil nu : *congestion de la paroi intestinale*. Nous n'avons pas trouvé de foyers hémorrhagiques. L'examen microscopique de la paroi montre qu'il s'agit d'une inflammation légère de la paroi duodénale caractérisée par :

1° *De la réplétion des vaisseaux par les globules rouges.*

On ne trouve pas de traces de foyers hémorrhagiques. Cette congestion est retrouvée dans toute la zone où l'intestin grêle est congestionné à l'œil nu.

2° De l'infiltration embryonnaire légère, étendue à toute la muqueuse, et un peu à la couche musculaire.

3° La couche glandulaire est altérée. Il n'existe pas de desquamation épithéliale, mais la surface de l'intestin est disparue en beaucoup d'endroits.

Les glandes soit de Brünner, soit de Lieberkünn sont dilatées, présentent des culs-de-sac remplis de cellules proliférées.

Ces glandes sont remplies de microorganismes qui ont probablement pénétré après la mort.

On voit donc que la lésion intestinale a été peu marquée, n'atteint que la muqueuse, et que la principale lésion est la congestion de la paroi.

Les autres viscères ne présentaient aucune lésion.

Les douleurs très vives, qui avaient fait penser à des ulcérations siégeant près du pylore, ne semblent relever que de cette inflammation légère non ulcéreuse. On peut penser que l'état de nervosisme que pré-

sentait la malade peut entrer en ligne de compte pour expliquer l'intensité de ces lésions.

Quelle est maintenant la cause de cette affection duodénale ?

Relève-t-elle de l'absorption d'une grande quantité de médicaments ? On peut y penser. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Hayem, qui a observé cette malade dans les derniers temps de son affection.

Nous avons cru bon de vous dire cette observation et l'autopsie, car des faits analogues sont rarement observés. Nous avons fait, en effet, quelques recherches bibliographiques et celles-ci ont été infructueuses.

Les affections duodénales qui sont relatées relèvent soit d'intoxications aiguës, caustiques, soit de brûlures.

Chancre syphilitique du col,

par le Dr L. Galliard (1).

La malade dont je vais relater l'observation a été soignée par moi dans le service de M. Gingeot, que j'avais l'honneur de remplacer, à l'hôpital Saint-Antoine.

C'est une femme de 24 ans, couturière, entrant le 24 août 1889, pour des maux de tête, des vertiges, des nausées. Peu de chose à noter dans ses antécédents; une grossesse, il y a quatre ans ; en 1888, une pleurésie. On l'a traitée pour une métrite à Lariboisière, il y a cinq mois. Elle se plaint d'une douleur à l'épaule droite. La langue est sale et la température prise au moment de l'arrivée dans la salle est de 38°. Le soir on note 39° ; le pouls est rapide, le facies animé et comme il y a des maux de tête et un état gastrique, l'interne de service songe à une fièvre typhoïde commençante.

C'est donc comme atteinte de fièvre typhoïde qu'on me présente la malade à la visite du 25 août. Or, en l'examinant je constate à la face, au cou et sur la poitrine, quelques taches arrondies brunâtres, pâles, recouvertes de squames extrêmement fines, non prurigineuses, que la patiente ignore et qu'il est impossible de ne pas rapporter à la syphilis.

Reprenant alors l'interrogatoire, j'apprends que les douleurs de tête très vives existent depuis quinze jours, qu'elles s'accompagnent de douleurs de ventre, de douleurs au niveau des jambes, mais qu'il y a d'autre part des pertes en blanc et pas de diarrhée, pas d'épistaxis. La malade s'est aperçue déjà qu'elle perdait facilement ses cheveux. Il existe, en un mot, des signes de syphilis au début et quant à la fièvre, elle ne paraît dater que de quelques jours seulement.

Du reste, la défervescence est déjà faite. Ce matin, le thermomètre marque 37°. Le pouls est lent. La langue encore surchargée, mais peu de malaise.

Il est donc impossible de maintenir le diagnostic de dothiénentérie ou même d'embarras gastrique simple et, pour confirmer celui de syphilis, nous trouvons encore l'induration de quelques ganglions cervicaux et d'un ganglion de l'aine droite. J'ajoute qu'en découvrant la malade, j'avais été frappé de l'odeur qu'elle exhalait, de cette odeur spéciale aux syphilides des organes génitaux, et qui avait contribué à me mettre sur la voie du diagnostic.

L'examen de la bouche fournit peu de renseignements, de même que celui de la gorge qui est négatif.

Dès le premier jour, j'institue un traitement énergique ; bain, friction à l'onguent napolitain, injections de liqueur de van Swieten.

Le lendemain, 26 août, je pratique l'examen des organes génitaux. Presque rien à la vulve, à peine de petites érosions à la face interne des petites lèvres ; rien aux grandes lèvres, mais un écoulement vaginal assez abondant.

En découvrant le col à l'aide du speculum (je n'ai pas touché la malade), je trouve une ulcération d'un caractère tout spécial. D'abord le siège doit être signalé, il a une grande importance. Cette ulcération n'est pas au bord de l'orifice cervical ni même dans son voisinage immédiat. Le pourtour de l'orifice est simplement rongé, il n'est pas ulcéré. L'ulcération est excentrique, elle siège à droite sur la partie saillante convexe du col ; elle est allongée, elle mesure environ 2 centimètres de long sur un 1/2 de large. Sa direction est oblique de haut en bas et de gauche à droite. Les bords sont saillants, nettement découpés, rougeâtres ; le bord, peu diminué du reste, est rouge saignant. Il fournit sous nos yeux peu de liquide. On voit au contraire un mucus abondant sortir du canal cervical.

Je ne puis dire s'il y a ou non induration, n'ayant pas pratiqué le toucher, mais je constate que cette ulcération ne ressemble à rien de ce qu'on voit d'ordinaire : ce n'est ni une manifestation de la métrite ulcéreuse du col, ni un produit de la folliculite, encore bien moins une ulcération tuberculeuse ou épithéliomateuse.

On pourrait songer à une syphilide secondaire, mais j'ai montré combien les syphilides étaient discrètes, dans ce cas, au lieu d'élection à la vulve, au vagin. Il serait bien extraordinaire de trouver ainsi une syphilide aberrante sur le col de l'utérus, quand les plaques muqueuses font défaut aux régions qu'elles recherchent en général.

Le diagnostic de chancre syphilitique du col paraît donc être le seul possible. Je reconnais que la recherche des ganglions profonds aurait offert un réel intérêt ; elle n'a pas été faite. Du reste, le système lymphatique chez cette malade n'est, d'une façon générale, que faiblement intéressé.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Je panse la plaie avec un tampon d'ouate enduit d'onguent napolitain. Le tampon sera gardé jusqu'au lendemain matin et, après l'injection de sublimé, on répètera le même pansement tous les jours.

Amélioration très rapide des signes généraux et locaux. Disparition des maux de tête, du malaise. La malade demande à quitter l'hôpital le 31 août. A ce moment, la plaie cervicale n'est pas encore guérie, mais très heureusement modifiée.

Le 3 septembre, la malade vient nous consulter. Elle a pris chez elle une dose quotidienne de 0,10 centigr. de protoiodure d'hydrargyre et se trouve fort bien. Encore un peu d'écoulement vaginal.

L'ulcération du col est remarquablement améliorée. Les bords sont à peine saillants ; il n'y a presque plus de fond déprimé. Ce qu'on a sous les yeux est plutôt une érosion qu'une ulcération. La guérison paraît prochaine. Le traitement est supprimé.

Le 10 septembre, nouvel examen. La guérison s'est accomplie depuis la visite du 3 septembre. Aujourd'hui on ne voit plus qu'une cicatrice linéaire, blanchâtre. L'écoulement vaginal est presque nul. On suspend les injections mercurielles. Je prescris la continuation du traitement interne ; mais à partir de ce moment, la malade nous échappe.

En résumé, la cicatrisation du chancre s'est effectuée en quinze jours à peu près.

Peu de temps après le départ de la malade, son mari vient se faire soigner au même hôpital pour un *chancre uréthral*.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire de thérapeutique appliquée, ou les médicaments et leurs formules classés d'après les indications thérapeutiques, par le Dr A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laennec, membre fondateur de la Société de thérapeutique, etc., précédé d'une préface par M. le professeur Peter. (Paris. Lecrosnier et Babé, 1890.)

Ce ne sont sans doute pas les formulaires qui manquent, mais il ne suffit pas, pour que ces ouvrages rendent les services qu'on leur demande, qu'ils représentent simplement une collection touffue de formules dont le choix n'est imposé par aucune idée directrice. L'ordre alphabétique n'apprend rien, et offre l'utilité d'un dictionnaire, il peut être avantageusement remplacé par une table, à la fin de tout formulaire. Le classement des médicaments, suivant leurs propriétés physiologiques, est incertain, en raison même de la complexité d'action des médicaments, et comme ceux-ci offrent plusieurs effets, cet ordre expose à des redites. Le formulaire de M. Ferrand n'offre aucun de ces inconvénients, il est vraiment un formulaire de thérapeutique, en ce que les médications sont classées par indications thérapeutiques. Qu'arrive-t-il en effet, le plus souvent ? Lorsqu'on se trouve en présence d'un phénomène morbide qu'on propose de combattre, le premier soin est de rechercher les indications auxquelles il donne lieu pour pouvoir employer les agents thérapeutiques qui y correspondent. Un formulaire ainsi conçu devait certainement rendre les plus utiles services à la pratique. On conviendra cependant qu'il n'était pas facile d'établir une ordonnance à laquelle les ouvrages similaires antérieurs ne nous avaient pas habitués, et il ne fallait rien moins que la profonde compétence de M. Ferrand en tout ce qui touche aux questions de thérapeutique pour réussir dans une œuvre dont tout praticien a maintes fois éprouvé la nécessité. Un phénomène morbide étant donné, on détermine d'abord l'indication à remplir. Ces indications ont été classées par M. Ferrand au nombre de vingt-neuf. A chacune de ces indications correspondent leurs médications et leurs agents classés par ordre alphabétique. La physiologie sert d'ailleurs de base à la classification de ces agents.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ces quelques lignes que le professeur Peter a inscrites dans la préface : « Depuis les perturbations du système nerveux jusqu'aux troubles nutritifs les plus intimes, tous les éléments que la physiologie permet de distinguer sont passés en revue ; et à chacune de ces perturbations, à chacun de ces troubles sont opposés, non seulement les médications, non seulement les remèdes, mais encore et surtout les formules qui leur conviennent le mieux. Des troubles nutritifs passant aux maladies infectieuses, aux affections vraiment parasitaires, aux intoxications et aux empoisonnements, ce livre répond, par ses chapitres divers, au cadre entier de la pathologie. »

Ce formulaire général est suivi des formulaires spéciaux suivants, dont le titre indique l'objet : bromatologique, herpétologique, ophthalmologique, odontologique, cinésithérapique, électrothérapique, hydrothérapique (et eaux minérales), aérothérapique et climatothérapique. Ainsi, se trouvent élargies à toutes les branches de la médecine, les applications de ce petit livre, destiné par son esprit pratique à combler un desideratum. Nous souhaitons au formulaire de M. Ferrand tout le succès qu'il mérite, et d'ailleurs, le praticien qui l'aura entre les mains ne tardera pas à reconnaître les avantages qu'il y a à ne jamais perdre de vue l'idée directrice de toute thérapeutique, à savoir l'indication.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

—

Sur la valeur de la solution hydro-alcoolique de sublimé corrosif dans l'érysipèle et la diphthérie pharyngienne, par Fiaccarini (*Gazetta degli ospitali*, nos 9 et 10. Janv. et février 1890). — L'auteur a appliqué dans l'érysipèle une solution de sublimé corrosif fortement alcoolique :

1° Sublimé corrosif de 0 gr. 50 cent. à 1 gramme :
Alcool 50
Eau distillée . . 50

Il se sert du pulvérisateur ordinaire, et renouvelle le traitement de trois à six fois par jour, en dirigeant le liquide jusque sur les zones saines environnantes. Puis on recouvre soigneusement les parties malades avec du coton hydrophile imbibé d'une solution de sublimé moins concentrée :

2° Sublimé corrosif	0 gr. 50 cent.
Alcool	100
Eau distillée	500

Cette méthode lui a toujours donné d'excellents résultats.

La formule n° 1 (en mettant de 0,40 à 0,50 cent. de sublimé seulement) a été également utilisée avec succès par l'auteur dans la diphthérie pharyngienne.

Trois fois par jour, pratiquer la désinfection des parties infectées au moyen d'un pinceau de coton hydrophile imbibée de cette solution. Puis ensuite gargariser le malade ou lui administrer des pulvérisations d'une solution de chlorate de potasse dans l'eau bouillie à 2 0/0 et plus. L. G.

Traitement prophylactique de la syphilis par la destruction du syphilome initial, par V.-E. Ingria (*Gazetta degli ospitali*, nos 4, 5, 6 et 7 janvier 1890). — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° La destruction du syphilome initial prévient quelquefois la syphilis ; mais c'est une méthode infidèle, dont on ne peut attendre grands services, surtout lorsque le syphilome est apparu depuis plusieurs jours. L'intervention opératoire est tout à fait inopportune quand on observe déjà l'induration de Hunter et plus encore lorsqu'il existe des adénopathies spécifiques ;

2° La destruction du syphilome initial ne doit être tentée que lorsqu'il est tout récent, petit, et qu'il a son siège sur des parties où elle ne peut être suivie de déformations locales (vulve, mamelle, prépuce, scrotum, etc ;

3° L'incision, tout en ne prévenant pas la syphilis, peut être encore avantageuse comme moyen de traitement de l'ulcère ;

4° Ce traitement ne paraît pas avoir une influence sur l'atténuation de l'infection ;

5° La destruction des érosions non infectantes, n'ayant pas encore le caractère du syphilome, est très rationnelle. Puisqu'il est difficile de démontrer expérimentalement son efficacité précisément à cause de la difficulté du diagnostic, on doit admettre qu'elle est capable de prévenir l'infection générale, et elle devrait être admise comme *un principe*, toutes les fois qu'elle n'expose pas à une difformité locale ;

6° Les probabilités de succès sont d'autant plus grandes que l'on intervient plutôt. Cependant, il y a de nombreuses exceptions ;

7° Parmi toutes les méthodes proposées, on doit préférer l'incision, quand il s'agit d'un syphilome déjà développé et siégeant sur des parties qui, par leur mobilité, se prêtent à l'opération. Lorsqu'au contraire le syphilome siège sur des parties qui ne se prêtent pas à l'incision, on doit préférer la cautérisation avec le thermo-cautère ;

8° Mes quatre observations ne tendent à autre chose qu'à prouver une fois de plus les difficultés qui se rencontrent pour la démonstration expérimentale de la valeur de la méthode en question. Les deux premiers cas ne suffisent pas à la condamner, ni les deux autres à chanter ses louanges ;

9° Pour donner une solution à ce difficile problème, il conviendrait de faire des expériences nombreuses, et de les pratiquer en temps opportun, c'est-à-dire quelques heures ou au moins quelques jours après le contage ;

10° Pour avoir les malades à notre disposition, il faudrait faire connaître au public que d'une ulcération innocente en apparence peut naître la syphilis et qu'on peut l'éviter, si l'intervention chirurgicale a lieu de très bonne heure. L. G.

Hemi-athétose, par de Renzi (Leçon clinique de l'hôpital de Naples *in Gazetta degli ospitali*, octobre 1889, supplément mensuel). A propos d'un cas observé dans son service, le professeur de Renzi a étudié cette maladie encore un peu obscure. Pour lui, il n'y a pas de différence absolue entre l'athétose et la chorée. Il est probable, dit-il, qu'une même lésion, si elle est plus aiguë, produit l'hémichorée, et dans le cas contraire, l'hémi-athétose.

— Voici cependant des signes différentiels : « Dans la chorée, dit-il, nous avons des mouvements subits, involontaires. Supposons que le malade veuille prendre une carte : il sera contraint de faire des mouvements en divers sens, lesquels mettront obstacle à l'accomplissement de l'acte volontaire.

« Dans l'athétose, les mouvements ne sont plus instantanés. Ils sont au contraire lents et d'ordinaire ne mettent pas d'obstacle à l'accomplissement de la volonté.

« L'athétose peut être double, ou se manifester d'un seul côté : c'est l'hémi-athétose. Il y a un rapport étroit

entre l'hémi-athétose et la paralysie, car elle se rencontre surtout chez les hémiplégiques.

« Fornario a bien étudié les mouvements athétosiques; ils commencent lentement, puis persistent quelque temps, et le relâchement des muscles est assez lent. Il s'agit, en somme, d'une contracture. Nous voyons le muscle se contracter graduellement, lentement, persister un peu dans cette contraction, puis se relâcher avec une lenteur notable.

« Dans l'athétose, les muscles ont tendance à présenter une contracture transitoire. Si on les excite par l'électricité, le même fait se produit.

« Dans notre cas, l'augmentation de la tonicité musculaire est très notable. Vous pouvez toucher les masses musculaires et reconnaître immédiatement le fait. Il faut citer encore, comme point important, l'augmentation du volume des muscles du côté gauche; je crois qu'il s'agit d'une hypertrophie musculaire. Quelle que soit la cause lointaine ou prochaine, quand un muscle subit une augmentation de travail, il s'hypertrophie. Chez notre malade qui, depuis tant d'années, présente de continuelles contractions musculaires, il a dû certainement se produire de l'hypertrophie. »

Où réside la lésion de l'athétose ? Le siège est certainement dans la substance corticale du cerveau. Dans le cas actuel, il y avait eu un traumatisme qui, sans doute, avait déterminé une pachyméningite à droite et, consécutivement, l'altération de la zone motrice corticale; d'où l'hémi-athétose à gauche.

Pour ce qui regarde la nature du processus, il est possible qu'il s'agisse, soit d'un trouble matériel, soit d'une simple altération moléculaire. Une lésion de la moelle spinale qui léserait les cordons pyramidaux pourrait, sans doute, déterminer l'athétose.

L'auteur arrive au *traitement* : il faut admettre qu'il existe un état d'excitation continuelle qui détermine les contractions des muscles et en maintient la tonicité. Le traitement doit donc tendre à déterminer cette excitation :

L'hypnotisme n'a eu que des résultats absolument transitoires.

Ce qui a le mieux réussi, ce sont :

1° Les courants galvaniques avec P + au niveau de la moitié droite du crâne, côté opposé aux contractions et P — dans un point indifférent;

2° L'application de vessies de glace sur la tête, principalement à droite. L. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° Des lettres de candidature envoyées par MM. les Drs Cadet de Gassicourt, Duguet et Kelsch, à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale; par MM. les Drs Paul Berger Horteloup, Ch. Périer, Nicaise, Terrillon et F. Terrier, à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale; par M. le Dr Bertrand (de Brest) au titre de correspondant national dans la division de médecine, et par M. le Dr A. Corradi (de Pavie) au titre de correspondant étranger dans la division de médecine; 2° M. Schmidt, pharmacien à Paris, envoie un pli cacheté, dont le dépôt est accepté, et qui renferme un mémoire sur le diagnostic des affections cancéreuses au moyen de l'analyse des urines; 3° MM. Rivet, médecin-major, et Viéron, médecin aide-major, envoient un rapport sur les vaccinations opérées au 14e régiment d'artillerie à Tarbes; 4° M. le Dr Plouquet adresse un mémoire sur les revaccinations et vaccinations qu'il a pratiquées à Ay (Marne); 5° M. le Dr Benjamin Corbeau envoie un mémoire sur les thromboses veineuses et les embolies artérielles à la suite de la grippe.

Caféine et poudre de kola. — M. HECKEL (de Marseille). Au cours de mes nombreuses recherches concernant l'action de la noix de kola sur les marcheurs, j'ai constaté qu'après épuisement de la caféine par le chloroforme, la poudre de kola agit encore d'une manière très sensible sur l'élément musculaire et l'excitabilité nerveuse est alors à peine saisible. Aussi suis-je porté à admettre que le produit, désigné par M. Schlagdenhauffen et par moi sous le nom de rouge de kola, et qui subsiste dans la graine après épuisement par le chloroforme, est une substance très complexe dans laquelle se trouvent vraisemblablement des principes très actifs. Il ne serait pas étonnant que ce rouge de kola fût le principal agent de l'excitabilité surnutritive musculaire et il y aurait dans ce sens des recherches intéressantes à faire en ne perdant pas de vue toutefois que la caféine est par elle-même un excitant neuro-musculaire indiscutable. D'ailleurs la poudre de kola agit aussi en tant que suspenseur de la fatigue musculaire à des doses très faibles, ainsi que le démontrent les résultats que retirent de son usage les nègres de l'Afrique tropicale. J'ai constaté des faits presque aussi surprenants en France avec le kola sec.

Ainsi, le colonel et le lieutenant-colonel du 160e régiment d'infanterie ont pu faire l'ascension de Canigou (2,302 m. d'altitude) et marcher sans fatigue pendant 12 heures en n'absorbant qu'une quantité de poudre de kola sec correspondant à 0 gr. 12 de caféine. Beaucoup d'autres officiers ou soldats ont pu maintenir la tension musculaire et répéter les mêmes efforts dans des expériences semblables, sans accuser la fatigue correspondant à une pareille dépense musculaire. On a même fait davantage. Plusieurs officiers du 123e régiment à Laval ont pu en 15 h. 1/2 de marche se rendre de cette ville à Rennes, soit franchir 72 kilomètres et durant cet effort considérable, ils n'avaient observé à doses fractionnées que le poids de kola correspondant à 0 gr. 15 de caféine.

Or, je me suis assuré par des expériences comparatives concernant l'action sur la fatigue dans la marche, de l'alcaloïde et du kola, qu'il y a toujours bénéfice et bénéfice considérable, à doses alcaloïdiques égales, dans l'emploi de la poudre de la semence. Donc il y a d'autres principes que la caféine qui influent sur la marche. Il est bon aussi de noter que la graine de kola fraîche est de beaucoup plus excitante que la graine sèche, car elle renferme une huile essentielle des plus actives. L'expérience journalière des alpinistes plaide aussi en faveur de ces préparations; le

biscuit dont ils se servent régularise même la circulation aux grandes altitudes.

Il y a six ans que je m'occupe de faire admettre officiellement l'introduction du kola dans l'alimentation du soldat en marche et en campagne ; ma conviction est faite; déjà les troupes coloniales françaises ont adopté ma préparation, et les Allemands mis en éveil s'en occupent actuellement.

M. Léon Colin. Tout en rendant hommage aux intéressantes recherches de M. Heckel, je crois devoir faire observer que le Comité technique de santé de l'armée, dont je suis le président, a dû jusqu'ici se maintenir à l'action de la caféine dans ses expériences sur les préparations susceptibles de diminuer la fatigue musculaire chez les hommes en marche. Il ne pourrait expérimenter les préparations de kola qu'autant qu'il se trouvera en présence de produits définis et pondérables dont la matière active soit bien connue.

Choléra infantile et choléra nostras. — M. Lesage. Nous avons l'honneur de présenter le résultat des recherches que nous poursuivons depuis 1886, dans le laboratoire de M. le professeur Hayem.

Dans le choléra infantile, tel que le décrit Trousseau, nous avons remarqué la présence d'un microbe particulier qui donne à lui seul presque toutes les colonies. Cette culture, en pellicules blanc-bleuâtres, se développe surtout sur la gélose à 38°. Dans le bouillon, on obtient une couche mucilagineuse. Ce microbe existe dans l'intestin de l'enfant; on ne l'a pas trouvé dans les autres viscères. Avec ce microbe on reproduit le choléra expérimental.

Des cultures de ce microbe, nous avons, M. Winter et moi, extrait le *poison cholérique*. Ce même poison existe dans les cultures des bacilles de Koch. Les bouillons privés des germes de ce dernier bacille produisent, on le sait, le choléra expérimental (Koch, Bouchard) ; de même l'urine cholérique (Bouchard). Mais les auteurs n'avaient pas réussi à isoler cette toxine. Avec les méthodes classiques, nous avons également échoué. Mais par l'acide sulfurique, nous avons précité une substance résino-graisseuse soluble dans les liqueurs alcalines et l'éther.

Cette substance est toxique à la dose de 4 à 5 milligrammes en produisant des phénomènes d'algidité, et on trouve à l'autopsie les lésions du choléra.

Elle existe dans les muscles, le foie et l'urine des animaux cholériques.

Ainsi, le choléra proprement dit et le choléra infantile sont dus à des microbes différents ; mais ces microbes agissent en produisant la même toxine.

M. G. Gauthier lit une *note sur la thérapeutique intra-utérine des fibromes utérins*, par la galvano-caustique chimique (procédé Apostoli).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 *mars* 1890. — *Présidence de* M. Hermite.

Difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs.—M. le professeur Verneuil. La phlébite peut frapper tous les points du système veineux, mais elle atteint surtout les veines de la moitié sous-ombilicale du corps et en particulier celles des membres inférieurs.

Elle a pour causes ordinaires : les plaies de ces membres, les fractures, les varices et deux lésions utérines fréquentes, l'accouchement et les néoplasmes malins, l'épithélioma par exemple. Dans ces deux derniers cas, la phlébite est généralement désignée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*.

Les veines de la moitié inférieure du corps sont superficielles ou profondes ; les unes sont cachées dans la cavité du bassin, tandis que les autres sont logées dans l'interstice des muscles de la cuisse ou de la jambe (*veines inter-musculaires*) ou rampent dans l'épaisseur des mêmes muscles (*veines intra-musculaires*).

La phlébite n'atteint presque jamais la totalité de ces veines, et surtout ne les envahit pas simultanément ; de coutume, elle occupe d'abord des régions, des segments plus ou moins étendus et circonscrits dans le bassin, la cuisse ou la jambe, à la superficie ou dans la profondeur ; mais il arrive souvent que, de son point de départ, elle s'étend de haut en bas ou de bas en haut, des veines sous-cutanées aux veines inter- ou intra-musculaires, du côté droit au côté gauche, et réciproquement. Dans la *phlegmatia alba dolens*, qui le plus souvent est bilatérale, il faut parfois plusieurs semaines pour que l'envahissement soit à peu près complet.

Les conséquences prochaines ou éloignées de la phlébite des membres inférieurs sont bien connues. On a noté des accidents généraux infectieux ; des accidents locaux : œdème, suppuration, douleurs violentes, arthrites, varices ; des accidents à distance causés par le déplacement des caillots (*embolies*). Mais il restait à décrire une complication tardive dont je n'ai trouvé traces ni dans mes lectures, ni dans les entretiens que j'ai eus avec mes collègues chirurgiens et accoucheurs. Seul, un de mes élèves les plus distingués et les plus instruits, M. le Dr Kirmisson, qui s'occupe avec grand succès d'orthopédie, a vu et traité même un cas de l'affection en question sans avoir songé à le publier.

Il s'agit de difformités des pieds et des orteils qu'on peut rapporter à deux formes du pied bot : l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils qui, dans les variétés congénitales, sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes ; ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout les muscles de la couche profonde de la jambe : fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur, plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaires.

Cette affection, à en juger par le silence des auteurs, serait rare, et j'aurais été favorisé en en rencontrant, dans moins de trois ans, trois exemples, auxquels il faut joindre le quatrième, observé par M. Kirmisson. En tous cas, sa rareté est peu en rapport avec la fréquence bien connue des phlébites traumatique, variqueuse et d'origine utérine, ce qui indique clairement que certaines variétés de ces phlébites sont seules capables de la produire. Voici, aussi concis que possible, le résumé des faits venus à ma connaissance (1) :

(1) Ces observations seront rapportées in extenso dans une thèse de Doctorat en voie de formation.

Obs. I. — Femme adulte. Phlébite variqueuse partant d'un membre et envahissant l'autre au bout d'un certain temps. Douleurs excessives; accidents généraux très graves; albuminurie; arthrites aiguës fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes; extension permanente et forcée des pieds; flexion des orteils et surtout du premier; lésions plus marquées à gauche qu'à droite. L'affection, qui a commencé à la fin de 1887, n'est point encore guérie, et, bien que la santé soit tout à fait rétablie, la marche est encore tout à fait impossible.

Obs. II. — Jeune femme primipare. *Phlegmatia alba dolens* double, débutant quinze jours après l'accouchement et envahissant successivement les deux membres. Un double varus équin se produit en moins de trois semaines sous nos yeux, en raison de l'insuffisance forcée du traitement préventif. Aujourd'hui en voie de guérison, quatre mois après le début du mal.

Obs. III. — Homme adulte. Plaie de la cuisse. Ligature de la fémorale commune; phlébite de la veine satellite s'étendant à tout le membre; extension forcée du pied et flexion modérée des orteils, avec rigidité absolue. Affection unilatérale.

Obs. IV. — Femme adulte. *Phlegmatia alba dolens* double, suite de couches. Pieds bots équins. Section du tendon d'Achille en bas, d'un an (Kirmisson).

J'ai déjà dit que toutes les phlébites ne donnaient pas naissance aux difformités en question; d'autre part, j'ai montré que la déviation des pieds et des orteils provenait de la contracture des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe. Reste à indiquer comment l'inflammation des veines peut agir sur les muscles susdits. Or, voici, suivant moi, comment les choses se passent : tant que les veines superficielles et profondes inter-musculaires, sont seules enflammées, les muscles, isolés par des plans aponévrotiques ou une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, restent étrangers au processus morbide; mais les vaisseaux intra-musculaires sont-ils pris qu'aussitôt la fibre rouge, en contact immédiat avec eux (car aucune barrière protectrice ne les sépare), s'enflamme à son tour et entre en fonction pathologique; en d'autres termes, la phlébite amène la périphlébite, laquelle en agissant sur le seul tissu voisin amène nécessairement la myosite, qui produit fatalement à son tour la contracture, puis la rétraction et les déviations et difformités conséquentes (1).

Ceux qui connaissent la disposition des veines intra-musculaires de la région postérieure de la jambe chez les variqueux et autres sujets dont la circulation veineuse du membre inférieur est entravée, accepteront sans peine cette pathogénie des pieds bots phlébitiques, à laquelle, j'en conviens, manque pourtant encore la consécration des autopsies.

Si je reviens sur le terrain clinique, je constate que le pronostic est assez sérieux en ce qui touche le rétablissement des fonctions du membre. En effet, la malade atteinte de phlébite variqueuse à la fin de 1887 ne marche pas encore, et ceux qui sont actuellement dans mon service depuis trois ou quatre mois sont à peine en voie de guérison. Il est donc bien important de signaler une affection aussi rebelle, ne fût ce que pour savoir si, averti à temps, le praticien n'en pourrait pas instituer au moins la prophylaxie, c'est-à-dire s'opposer dès le début à la production de la difformité.

Le traitement curatif comprend la rectification des attitudes vicieuses par les appareils à action rapide ou progressive, les frictions, le massage, l'électrisation des muscles antagonistes et enfin la ténotomie qui, une fois déjà, a été appliquée avec succès par M. Kirmisson.

Une malade de mon service est actuellement traitée par une série d'appareils plâtrés, à l'aide desquels on redresse progressivement le double pied bot varus équin. Le massage, chez deux autres, nous donne de bons résultats, appliqué qu'il est avec beaucoup de prudence.

J'ajouterai en terminant que, si les indications thérapeutiques sont faciles à poser, elles sont moins aisées à mettre en pratique; car les douleurs excessives de la phlébite et des arthrites concomitantes rendent les actions mécaniques plus ou moins longtemps intolérables, et le danger des embolies interdit pendant longtemps aussi les manœuvres pouvant atteindre plus ou moins directement les veines remplies de caillots sanguins.

(1) Les rapports tout aussi intimes des veines profondes avec les nerfs qui les entourent expliquent de même une autre complication de la phlébite, si commune qu'elle peut passer pour un symptôme, je veux parler des douleurs si intenses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1890. — Présidence de M. TERRIER.

Fracture du frontal gauche par un éclat de fusil. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation curieuse du Dr Chenieux dans laquelle le fragment d'acier fut extrait longtemps après l'accident. L'homme mourut des suites de cette blessure, mais après cicatrisation de la plaie opératoire. Faut-il attribuer cette mort à l'action du tissu cicatriciel sur la substance cérébrale? M. Chauvel ne le pense pas et croirait plus volontiers à des accidents de compression dus à une exostose consécutive.

Gliome de la rétine. — M. CHAUVEL fait un second rapport sur un cas d'énucléation du globe oculaire pratiquée par M. Lagrange pour un gliome de la rétine. M. Lagrange, contrairement à M. Panas et aux autres oculistes, pense que dans les gliomes pris à temps, quand l'énucléation est faite de bonne heure, il peut y avoir survie et non-généralisation, et il cite des guérisons de trois, cinq et huit ans.

Cholecystotomie. — M. TERRILLON fait un rapport sur une observation de M. Chaput, dans laquelle la ponction exploratrice ne fut pas faite à cause de la netteté de la tuméfaction siégeant au niveau de la vésicule biliaire. Cette pratique a été recommandée par M. Terrillon, qui croit que la ponction peut ne pas être inoffensive.

Le second point intéressant est l'enclavement du calcul dans le canal cystique. M. Chaput eut grand-peine à l'extraire, mais y parvint en le broyant, et M. Terrillon rappelle à ce propos que, dans un cas, il dut, pour pouvoir écraser le calcul, creuser au préalable une cavité dans son intérieur.

M. Chaput a sondé la vésicule à la paroi ; M. Terrillon trouve cette pratique inutile ; il a toujours pu attirer assez au dehors la vésicule pour ne pas craindre la contamination du péritoine. Enfin, M. Chaput obtura la fistule le huitième jour et y réussit en mettant en pratique le procédé de suture qu'il a recommandé pour l'intestin. M. Terrillon fait remarquer que cela se peut faire dans les cas où le canal cholédoque n'est pas obturé, mais que c'est inutile lorsque ce canal ne fonctionne plus, et c'est ce qu'il a rencontré dans les huit cholécystotomies qu'il a pratiquées.

M. Terrier fait remarquer que lorsque la bile coule à l'extérieur, il y a une indication qui s'impose, c'est de rétablir son cours normal et de la faire arriver dans l'intestin en établissant une communication entre la vésicule et l'intestin lui même. Il a pratiqué cette opération et a pu constater, la femme étant morte plus tard d'un cancer du pancréas, que la fistule fonctionnait très bien.

M. Tillaux a fait aussi cette opération, qui est celle de Winiwarter, mais, malheureusement, l'obstruction du canal cholédoque est causée par un néoplasme dans la plupart des cas, et les malades ne tardent pas à y succomber.

M. Terrier. Winiwarter n'est arrivé au résultat qu'au bout de la septième observation; c'est un Russe,Monatsirsky, qui, le premier, a fait l'anastomose directe. Ces faits sont, du reste, relatés dans la thèse de Delagenière.

M. Terrillon pense que, la plupart du temps, les adhérences qui immobilisent la vésicule biliaire sur la paroi doivent rendre presque impossible l'anastomose avec l'intestin.

Traitement de l'ectopie testiculaire. — M. Richelot rappelle d'abord la communication, sur ce sujet, de M. Tuffier, suivie d'un rapport de M. Championnière en 1889. La fixation au fond des bourses précédée de manipulations destinées à faire descendre le testicule est la conclusion thérapeutique à laquelle arrivaient ces chirurgiens. M. Richelot pense que l'orchidopexie est inutile et préfère une autre manière de faire.

Deux indications se posent : sauver le testicule et éviter la hernie. On arrive à ce double résultat en attirant la glande au dehors et en détruisant le conduit vagino-péritonéal par le procédé de la cure radicale des hernies. Il ne faut pas se contenter d'un simple capitonnage qui ne suffit pas, comme il a pu s'en rendre compte sur un malade opéré par M. Kirmisson par ce procédé et chez lequel l'hydrocèle congénital et la hernie avaient reparu.

On comprend que la colotomie cicatricielle qui remplace le conduit séreux s'oppose aussi à l'ascension du testicule et elle arrive dans certains cas à mieux produire ce résultat que l'orchidopexie dans laquelle l'invagination du scrotum se produit sans empêcher la glande de remonter.

Pour s'opposer à la rentrée du testicule dans le canal inguinal il y a mieux à faire. Il faut sectionner les fibres du cremaster et fixer le cordon aux parties environnantes à l'aide de trois sutures au catgut. C'est le procédé que M. Richelot a employé sur un sujet opéré en février et qui, aujourd'hui est absolument guéri.

M. Championnère pense qu'il y a deux ordres d'ectopie testiculaire : celle des jeunes enfants qui retirent les plus grands avantages des manipulations et de l'orchidopexie dans laquelle on objecte que peut être le testicule descendrait seul, mais pour laquelle M. Tuffier préfère opérer de bonne heure pour éviter les altérations de la glande et l'ectopie testiculaire des garçons plus âgés. Chez ceux-ci la cure radicale est tout à fait indiquée ; mais avec fixation du testicule, opération bénigne et qui ne fait courir aucun danger au malade. Quant à la création de la cavité dans le scrotum c'est avec le doigt qu'on arrive à la pratiquer le plus facilement. Outre le cremaster, il faut aussi sectionner un trousseau fibreux très dur, très résistant et qui doit être une des principales causes de la réascension du testicule. C'est par sa présence ou son absence qu'il faut expliquer les cas dans lesquels le testicule remonte ou ne remonte pas après fixation au fond du scrotum.

M. Reclus a fait plusieurs orchidopexies, mais chez des sujets âgés d'au moins 16 ans ; il a fait à tous la cure radicale et chez tous il a vu le testicule remonter petit à petit et une invagination scrotale se produire. Il se demande si ces opérations sont bien utiles, étant donnée l'altération de la glande. Il en a fait examiner une qui ne contenait plus que du tissu fibreux et ces opérations complexes ne devraient pour lui se pratiquer que chez les enfants. M. Reclus pense aussi qu'en suturant le cordon on peut peut-être étrangler l'artère spermatique difficile à reconnaître au milieu des autres éléments.

M. Monod a fait de son côté ce qu'a fait M. Richelot du sien. Cure radicale, fixation du cordon ; mais en plus il a fait aussi l'orchidopexie et il a dans son service un excellent résultat de cette méthode. Il est cependant des cas où la vaginale est fermée sur un testicule ectopié et où le conduit vagino-péritonéal n'existe pas. L'orchidopexie reste alors la seule opération à faire. Il passe son fil dans les débris de la vaginale comme M. Championnère ; M. Tuffier le passe dans la substance même de la glande. Ceci a peu d'importance. Quant à l'inutilité de l'opération on ne peut jamais être fixé sur les fonctions ultérieures d'un testicule descendu.

M. Marchant a trouvé comme M. Championnère une collerette fibreuse enserrant le testicule, l'épididyme et allant aux piliers de l'anneau inguinal. Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 27 février 1890. — *Présidence de* M. Hayem.

La séance est ouverte à 8 heures trois quarts.

M. Hallopeau, vice-président, invite M. Hayem, nommé président dans la dernière séance, à prendre place au Bureau.

M. Hayem remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence ; il rappelle quelle grande perte fut pour tous la mort de son prédécesseur, Damaschino, et retrace les qualités maîtresses qui assureront à Damaschino un souvenir ineffaçable dans le cœur de ceux qui l'ont connu.

La Société clinique a une utilité incontestable, et si l'heure présente semble surtout favorable aux travaux de laboratoire vers lesquels tendent les jeunes travailleurs, il ne faut pas délaisser la clinique qui seule donnera la clef de certaines questions, que ne sauraient

résoudre seuls les travaux de laboratoire, la clinique renouvelée et puissamment aidée dans ses recherches par les progrès de la pathologie expérimentale et par la technique chaque jour plus complète qui est à sa disposition.

M. Bottentuit, secrétaire général, propose la nomination comme membres correspondants de MM. Delettrez, de Bruxelles, Waldes-Morel, de Santiago du Chili.

M. de Lostalot lit une observation de grippe, compliquée de suppuration parotidienne avec œdème du cou, ayant nécessité la trachéotomie. (*France méd.*, n° 13, p. 200.)

M. Berger. — Je ne sais si mes collègues ont observé des suppurations à la suite de l'influenza ; j'en ai vu un certain nombre. J'ai dans mon service un malade atteint d'un phlegmon profond de la cuisse, consécutif à la grippe, je l'ai drainé ; il est actuellement en voie de guérison. J'ai vu des cas de suppurations sous-maxillaires, j'ai vu aussi un cas de suppuration parotidienne, qui a suivi la marche ordinaire des parotidites. Il y a eu un petit foyer qui, incisé, a été vite guéri. Il n'y a pas eu d'accident œdémateux comme dans l'observation communiquée.

M. Netter a vu récemment deux parotidites suppurées il demande si l'on a pressé le canal de Stenon, pour rechercher s'il en sortait du pus.

M. de Lostalot. — J'ai fait cette recherche sans résultat.

M. Netter. — Dans un des cas observés par moi, et qui se termina sans intervention chirurgicale, on faisait très nettement sourdre du pus par le canal de Stenon en pressant sur la parotide ; il semble même que cette manœuvre qui, renouvellée plusieurs fois amena l'issue d'une cuillerée à café de pus environ, ait suffit à évacuer le contenu purulent de la glande et ait évité l'incision. Ce signe est constant. Aussi je me demande, si, dans le cas qui nous est présenté, il s'agit bien d'une parotidite vraie ou bien, comme on l'avait d'abord supposé, d'un adéno-phlegmon du cou.

M. Hallopeau a observé comme complications de la grippe, des otites et une éruption decthyma.

M. Berger communique une observation de gastrostomie pour un cancer de l'œsophage. (*Sera publié.*)

M. Hayem fait remarquer la difficulté que l'on a toujours dans les gastrostomies, dans les expériences de physiologie par exemple, à maintenir l'orifice fistuleux intact. Malgré les canules les plus ingénieusement disposées, cet orifice se digère peu à peu. Il sera important de faire ce qu'a fait M. Berger, de neutraliser le suc gastrique pour empêcher la digestion de la plaie. Au point de vue des résultats de l'opération, M. Hayem voudrait savoir si la survie est très longue. La gastrostomie est faite pour soulager le malade et faire cesser les sensations de faim et surtout de soif qui le tourmentent ; mais l'alimentation rectale donne les même résultats ou à peu près ; la survie après la gastrostomie est elle beaucoup plus longue ?

M. Berger pense que si la gastrostomie était faite de bonne heure, comme cela se pratique à Vienne, la survie serait très longue ; mais ici on a l'habitude d'opérer in extremis pour empêcher seulement le malade de mourir littéralement de faim ; les résultats obtenus sont donc un soulagement momentané, mais la maladie est tellement avancée, le malade est si cachectisé que l'amélioration dure peu. Il n'a jamais retiré de bons résultats de l'alimentation rectale.

M. Hayem. — On ne sait ce qu'auraient vécu ces malades sans opération ; quant aux opérations hâtives on doit se heurter à une grande difficulté quant à l'alimentation des malades sans danger pour leurs plaies.

La séance est levée à 10 heures un quart.

Dr H. Feulard.

SOCIETE MEDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 12 février 1890. — Présidence de M. Garnier.

La correspondance manuscrite comprend une lettre d'excuse de M. Billon qui annonce que la Société de l'Elysée approuve la campagne entreprise par la Société médicale des bureaux de bienfaisance contre le nouveau projet qu'elle considère comme contraire à la dignité professionnelle.

M. Gibert, à l'occasion de l'envoi régulier de la statistique médicale du bureau de bienfaisance de Bordeaux, regrette que les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris ne fassent pas de statistique de ce genre. Notre confrère avait demandé à M. Bertillon qu'il fût fait une place à ce service dans le bulletin de statistique municipale, M. Bertillon n'a pas répondu. Si cette statistique était faite par les médecins des bureaux de bienfaisance, on pourrait la joindre au journal de la Société. Les tentatives qui ont été faites dans ce but n'ont pas eu de résultat

M. Garnier rend compte des visites faites au préfet et au directeur de l'Assistance publique. Le préfet attend avant de signer le projet du Conseil municipal : seulement en raison des plaintes adressées sur le service, il nous engage à faire notre police nous-mêmes et à agir auprès des médecins incriminés.

M. Lecoconnier pense que l'on pourrait organiser un conseil de l'ordre ayant à la tête le président de la Société lequel ferait partie de droit de conseil de surveillance de l'assistance publique.

M. Garnier dit que la visite faite à M. Peyron s'est passée dans de bonnes conditions. Au cours de l'entretien il a été exposé la situation d'un pharmacien du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement, nommé à la suite du concours médecin de bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement. Il n'y a sans doute rien d'illégal, mais un pareil état de choses est immoral. M. Peyron s'est déclaré partisan du concours ; il tient toujours à son projet de réorganisation du service à domicile ; quant au concours institué dans ce but, il n'y a rien de terminé. Des mémoires

ont été déposés au nombre de 40 : les candidats ont déjà désigné deux des membres du jury : le Conseil municipal n'a encore choisi personne parmi ses membres.

M. Gibert a reçu la visite du pharmacien dont il vient d'être parlé : il a l'intention de se livrer à l'exercice de la médecine, mais comme il cherche à se débarrasser de son officine, il continue à fournir le bureau de bienfaisance afin de donner une plus-value à son établissement. M. Gibert n'est pas d'avis que l'on demande au préfet de rester dans le *statu quo* ainsi que quelques membres de la Société en avaient émis l'opinion. Il est difficile aussi de demander que le président de la société fasse partie du droit du conseil de surveillance. La liste des membres de droit est établie réglementairement. Il y a quatre membres nommés au choix. Il faudrait agir près du Conseil municipal futur et il y a aussi à lutter contre le préfet et le directeur de l'assistance publique.

M. Gibert communique ensuite quelques détails sur son service du bureau de bienfaisance pendant la période de l'influenza comparativement à l'année précédente. Le chiffre des entrées pendant les mois de novembre et décembre 88 et janvier 89 a été de 22, 29 et 24, celui des visites de 61, 83, 82 ; tandis que pour les mois de novembre, décembre 89 et janvier 90, ces chiffres ont été de 20, 53, 51 pour les entrées et 76, 170, 224 pour les visites. Il y avait prédominance des affections de l'appareil respiratoire.

Le banquet est fixé au 8 mars, MM. Philbert et Rollin sont nommés commissaires.

M. Orval demande si l'ancienneté confère le droit de changer de circonscription dans le même arrondissement lorsqu'il y a une vacance.

MM. Garnier et Yvon répondent affirmativement et engagent notre confrère à s'adresser au directeur de l'Assistance publique.

Le Secrétaire.
Dr G. Yvon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 22 octobre 1889. — *Présidence de* M. Ferrand.

M. Ferrand fait une communication intitulée : « *Note sur les affusions dans la fièvre typhoïde, à propos d'une observation de fièvre typhoïde grave guérie par ce moyen.* »

M. Luc rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, présentant au pharynx et dans les fosses nasales des ulcérations tuberculeuses, le diagnostic ayant été confirmé par l'examen histologique des produits de grattage. Rien au larynx — signes de pleurésie sèche aux sommets — un testicule volumineux et tuberculeux. Un râclage très complet des ulcérations fut fait sous le chloroforme, suivi d'une cautérisation à l'acide lactique. Puis le malade partit pour la province.

M. Luc pensait pouvoir faire de grandes réserves, mais il fut surpris, en voyant le malade un an plus tard, de trouver les ulcérations du nez et du pharynx complètement cicatrisées ; état des sommets stationnaire, testicule diminué de volume. Le malade avait augmenté de dix livres.

Ce fait montre que lorsque la tuberculose se présente comme affection locale, on peut obtenir de bons résultats quand elle n'atteint pas des organes importants comme le poumon.

M. Berger. L'intervention est souvent difficile dans les cas de tuberculose des fosses nasales, les lésions occupent parfois des parties peu accessibles et, d'autre part, on doit craindre, en atteignant par le râclage des parties saines de la muqueuse, de produire des inoculations secondaires. — M. Luc n'emploie-t-il pas l'iodoforme en pareil cas ?

M. Luc. L'acide lactique lui semble préférable, il est, sinon un spécifique, du moins un moyen local très actif, préférable à l'iodoforme : il emploie une solution d'acide lactique et d'eau à parties égales. C'est de cette solution qu'il se sert dans la tuberculose de cet organe, mais les résultats ne sont pas aussi remarquables ; il n'est pas facile d'agir radicalement, le traitement étant fort douloureux. M. Luc a proposé à quelques malades la laryngo-fissure. M. Le Dentu doit pratiquer cette opération à un malade atteint de lupus du larynx.

M. Verchère s'étonne que la laryngo-fissure puisse être proposée pour la tuberculose laryngée ; dans le cas de M. Le Dentu, il y a une raison puisque son malade est déjà trachéotomisé. Héring, le propagateur de l'acide lactique, a montré qu'il avait pu faire des opérations très énergiques simplement par la méthode endo-laryngée.

M. Luc. Héring lui-même reconnaît que l'on ne peut pas toujours aller assez loin par cette méthode à cause de la sensibilité des malades et pense qu'il y aurait lieu de recourir à la laryngo-fissure.

M. Berger ne voudrait pas que l'on assimilât le lupus à la tuberculose, le lupus étant cliniquement une tumeur et se montrant primitivement comme affection locale. La tuberculose laryngée laisse toujours de graves soupçons d'invasion des autres organes. Les conséquences de la laryngo-fissure sont à craindre, non au point de vue opératoire, mais à cause de l'écoulement des liquides pathologiques dans les ramifications bronchiques où ils pourraient donner lieu à de la tuberculose. Néanmoins la laryngo-fissure est rationnelle à condition d'agir contre une tuberculose absolument locale ; il y a là une indication à établir.

M. Luc partage l'opinion de M. Berger au point de vue de la différence clinique entre le lupus et la tuberculose. L'état des poumons pourrait contre-indiquer la laryngo-fissure, opération dont on retirerait de bons résultats dans la tuberculose isolée du larynx, affection très rare, mais qui existe.

Le Secrétaire
Dr de Crésantignes

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours public pour trois places de médecin du bureau central. — Ce concours sera ouvert le vendredi 16 mai 1890, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration générale de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 avril 1890, et sera clos définitivement le lundi 28 du même mois, à trois heures.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels

des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 13 et 14 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les Présidents et Délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 13 et le lundi 14 avril, à une heure.

Ordre du jour de la séance du dimanche 13 avril 1890 : La séance est ouverte à deux heures.

1° Allocution du président ;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Passant, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1889, par M. A. Riant, secrétaire général ;

Election d'un vice-président, en remplacement de M. Ricord, décédé ;

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association; — et renouvellement partiel du Conseil général ;

Membres du Conseil à renouveler : MM. Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup, Vidal arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ;

7° Première partie du rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères à accorder en 1890.

Ordre du jour de la séance du lundi 14 avril 1890 : La séance sera ouverte à deux heures.

1re Partie. — 1° Vote du procès-verbal de la derniere Assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Vote des conclusions du rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères ;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1891.

2e Partie. — 1° Rapport de M. Lereboullet sur le vœu de la Société de la Gironde (Assurance contre la maladie), et le vœu de la Société de l'Oise (Indemnité aux médecins malades).

2° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron (Réforme des tarifs de 1811 applicables aux médecins légistes : Modifications proposées) ;

3° Rapport de M. Horteloup, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1891.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Charier, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Boissard est chargé d'un cours de physique, en remplacement de M. Henry, démissionnaire.

Ecole de médecine de Dijon. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, jusqu'à fin octobre 1890, à M. le Dr Fleurot, professeur de pathologie chirurgicale.

M. le Dr Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie chirurgicale.

Asile de Ville-Evrard. — Sur la proposition de M. Deschamps, une troisième place de médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard vient d'être créée pour M. le Dr de Keraval, actuellement médecin adjoint, qui sera spécialement chargé de la direction du pensionnat de l'établissement.

Traitement des malades de la banlieue dans les hôpitaux de Paris. — Le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 3 avril, a adopté les conclusions suivantes du rapport de M. Strauss :

« Article premier. — Il y a lieu de proposer au Conseil municipal de Paris de fixer à 2 francs par malade et par jour la participation du département de la Seine et des communes de la banlieue dans les frais de séjour des malades desdites communes dans les hôpitaux de Paris.

« Art. 2. — La subvention du département de la Seine sera portée à 225,000 francs, représentant en moyenne une contribution de 1 franc dans le prix de journée.

« Art. 3. — Les communes qui voudront bénéficier de la convention à conclure avec l'Assistance publique devront souscrire un abonnement ayant pour base le prix de 1 franc par malade et par jour.

« Le nombre des journées de traitement à mettre à la charge des communes pour 1890 sera fixé d'après la moyenne des relevés faits par l'Assistance publique en 1888 et 1889.

« La contribution afférente à chaque commune sera fixée chaque année en prenant pour base la moyenne des trois dernières années.

« La contribution des communes de la Seine pour 1889 restera fixée sur les bases de la convention de 1875. »

Maternité de Poitiers. — M. le Dr Roland est nommé professeur d'accouchements à la Maternité. — M. le Dr Chrétien est nommé médecin-adjoint à cet hospice.

Lycée de Poitiers. — M. le Dr Jablonski, médecin-adjoint du Lycée, est nommé médecin dudit établissement, en remplacement de M. le Dr Robert, décédé. — M. le Dr Chrétien est nommé médecin-adjoint en remplacement de M. le Dr Jablonski.

La pelade et la tuberculose dans les écoles. — Le ministre de l'instruction publique, par une circulaire relative aux précautions à prendre dans les lycées et collèges à l'égard des élèves atteints de maladies contagieuses, a transmis à tous les recteurs les mesures conseillées par l'Académie de médecine pour prévenir la contagion de la pelade, maladie qui a sévi quelquefois et dernièrement encore dans des établissements d'instruction publique.

Les jeunes peladiques ne pourront être admis que sur la présentation d'un certificat du médecin de l'établissement attestant la possibilité de recevoir le sujet. Ils seront séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la partie malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci.

L'échange de coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés ainsi que sa literie, spécialement les oreillers et traversins.

Enfin, comme mesures de prophylaxie générale, l'Académie, tout en laissant au médecin traitant sa liberté complète, demande que, pendant toute la durée de la maladie, les élèves aient les cheveux tenus courts sur la tête; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon, sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition.

Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé, et qui pourrait être un agent de transmission; elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas très fréquent, de guérison imparfaite ou de récidive. Enfin, tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique, qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Cette circulaire se termine par l'exposé des mesures conseillées par l'Académie de médecine relativement à la transmission de la tuberculose, mesures que nous avons exposées très longuement lors de la discussion de cette importante question.

Le ministre de l'instruction publique fait suivre cet exposé des instructions suivantes :

Isoler de ses camarades, ou rendre à sa famille un jeune homme sous prétexte d'un état de santé dont ni lui, ni les siens ne soupçonnent et ne doivent soupçonner la gravité, est, en effet, chose bien délicate. Une décision aussi grave, entraînant des conséquences aussi sérieuses, ne devra jamais être prise que sur l'avis fortement motivé du médecin de l'établissement, et même après consultation de plusieurs médecins.

Mais avec quelle prudence les chefs d'établissements ne devront-ils pas s'efforcer de justifier, même un simple isolement, à plus forte raison l'exclusion, aux yeux de l'élève et de sa famille qui ne se doute pas du danger dont ils sont menacés; quelles ingénieuses raisons ne devront-ils pas invoquer pour leur persuader que ces mesures sont prises uniquement dans l'intérêt du sujet lui-même !

Ce ne sera pas trop du tact le plus délicat pour mener à bien une pareille mission.

L'hygiène des cuisines. — Une question d'hygiène fort intéressante est en ce moment soumise au conseil municipal de Paris. Il s'agit des cuisines des cafés et des restaurants et des mauvaises conditions dans lesquelles elles sont installées généralement.

La Société de secours mutuels de la chambre syndicale des cuisiniers s'occupe depuis longtemps de cette question. Le Dr Regeard, médecin de la société, a, dans un rapport, précisé en ces termes les inconvénients que présentent les cuisines pour la santé du personnel qui y est occupé :

Depuis que je suis le médecin de la société, dit le Dr Regeard, il ne se passe pas de jour où je n'entende formuler des plaintes contre l'installation défectueuse de la plupart des cuisines, sur l'état déplorable dans lequel elles se trouvent au point de vue de l'hygiène; c'est, en réalité, l'endroit le plus infect de la maison, souvent sans air, parce que les soupiraux ont été bouchés sur les réclamations des consommateurs ou des voisins, ou bien aéré par quelques soupiraux qui déversent une couche d'air glacé sur les ouvriers enfermés dans une véritable étuve. D'autres fois, c'est une cour humide, sans air, sans lumière autre que la lumière du gaz. Ailleurs, vous verrez des cabinets d'aisances en communication directe avec la cuisine ou le garde-manger.

Lorsque les cuisiniers demandent leur admission à la Société, continue le Dr Regeard, à partir de vingt ans, ils sont soumis à un examen médical, comme dans toute société, mais qui peut être plus rigoureux que partout ailleurs, en raison des infirmités et des affections qui sont en quelque sorte inhérentes à la profession. Autrefois on éliminait tout récipiendaire atteint de varices, varicocèle ou hernie. Mais en présence de la grande fréquence de ces infirmités, ce règlement a été modifié en faveur de ces cas spéciaux pour permettre aux nombreux jeunes gens qui en étaient atteints de jouir des avantages que leur offre la société. Une remarque générale s'applique à tous ces cas : ces infirmités professionnelles surviennent de bonne heure, puisqu'elles s'observent chez les hommes jeunes, dépassant rarement vingt-cinq ans. Cela s'explique facilement : avant d'entrer à la société, ils ont la pratique de la cuisine et quelquefois une pratique ancienne de dix ans.

La situation debout prolongée devant un feu ardent, est évidemment la cause déterminante de ces affections. Pourvu qu'ils soient un peu lymphatiques, les sujets sont invariablement atteints de l'une ou de l'autre de ces trois infirmités, quelquefois de toutes en même temps. Ils ont déjà, grâce à leur constitution, les tissus mous, et cette laxité se trouve exagérée de bonne heure par l'action de la chaleur intense du fourneau.

M. le Dr Deschamps, conseiller municipal, a pu facilement contrôler les assertions de M. le Dr Regeard. Il a fait, pour la Commission chargée par le conseil municipal d'étudier la question, un rapport qui a été approuvé par cette commission et qui conclut à la nécessité de réformes urgentes. Parmi les réformes proposées, notons les suivantes :

Les cuisines de restaurants, cafér-restaurants et crèmeries-restaurants devront avoir au moins les dimensions de 3 mètres de longueur, sur 2 m. 50 de largeur et 2 m. 80 de hauteur. Un passage de 1 m. 50 sera laissé libre devant les fourneaux. Les cuisines devront prendre l'air et le jour sur une rue ou sur une cour non couverte, dont la plus petite dimension sera supérieure à 4 m. 50; elles ne pourront jamais s'éclairer ou s'aérer sur une courette. L'éclairage naturel obtenu devra être suffisant pour que le travail soit possible de jour, dans la cuisine, sans qu'on ait recours à l'éclairage artificiel. Quand l'éclairage de nuit sera fait au moyen de becs de gaz, ceux-ci devront être placés à 2 mètres au moins au-dessus du sol.

Le rapport édicte encore un certain nombre de mesures non moins intéressantes que celles que nous venons de relater, et qui sont relatives à l'évacuation de la fumée, au moyen d'une gaine, à la construction des murs, à l'écoulement des eaux et à l'isolement des garde-manger. (*Le Temps.*)

Les femmes médecins. — La Chambre des Représentants en Belgique vient d'octroyer aux femmes le droit d'exercer

la médecine et la pharmacie d'une façon générale et sans faire de distinctions, comme le faisait la loi de 1876, entre les diverses branches de l'art de guérir.

Hôpital Necker. — M. le professeur Duplay fera sa leçon d'ouverture, le mardi 22 mai, à 9 heures 1/2, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker :

Lundi, exercices cliniques ; mardi, leçon clinique ; mercredi, exercices cliniques ; jeudi, opérations ; vendredi, gynécologie ; samedi, leçon et opération.

Nécrologie. — Le Dr Colin (de Menton), reçu en 1879. — Le Dr Moreau (de Chatellerault, reçu en 1859.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AVIS AUX EDITEURS — Tout ouvrage dont il sera envoyé un exemplaire sera annoncé.

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

— M. le Dr Ph. Tissié, de Bordeaux, publie dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* de l'éditeur Félix Alcan, sous le titre : **les Rêves**, *physiologie et pathologie*, un très intéressant volume dans lequel il étudie la *formation des rêves* dans les sommeils naturel, maladif et hypnotique. Il établit l'influence du rêve sur l'idéation et sur les actes accomplis à l'état de sommeil et à l'état de veille; puis il montre le rapport intime qui existe entre le sommeil et les rêves, les hallucinations, le dédoublement de la personnalité, l'auto-suggestion, la suggestion et le rappel des mémoires.

Il y a quelques années, l'auteur s'est trouvé en présence d'un sujet atteint de somnambulisme diurne, et l'a signalé dans son livre les *Aliénés voyageurs*. A la suite d'un rêve fait pendant la nuit, ce jeune homme abandonnait le lendemain sa famille et ses intérêts, et partit de chez lui enveloppé dans son rêve, marchant à l'aventure pendant des mois entiers. Le rêve actif ou non étant le caractère dominant de l'état maladif de ce jeune homme, M. Tissié, a été conduit à faire l'étude de cette manifestation intellectuelle et il l'a faite complète, recueillant de nombreuses observations autour de lui, et en faisant sur lui-même.

Le travail de M. Tissié s'adresse également au légiste, au psychologue et au médecin; une préface de M. le professeur Azam présente son livre comme un de ceux qui feront avancer la science, grâce aux conséquences hardies que l'auteur tire de ses observations, grâce à la méthode qu'il a suivie, appuyant les études de la psychologie sur celle des troubles cérébraux, méthode qui a donné déjà de si beaux résultats à M. Ribot dans ses livres sur les maladies de la mémoire, de la volonté et de la personnalité. (1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 2 fr. 50.)

—

L'Anthropologie criminelle a conquis une place parmi les sciences ; son importance non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue social ne saurait plus être contestée. Le professeur Lombroso, de Turin, chef de la nouvelle école qui a mis en lumière l'existence du *Criminel-né*, publie dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* un volume où sont relatés les dernières découvertes et les plus récents progrès réalisés dans cet ordre de recherches.

Anomalies extérieures, insensibilité physique et morale, généalogie et antécédents héréditaires des criminels, parenté de la criminalité avec l'épilepsie, influence des climats et des races, examen des régimes pénitentiaires et de leurs effets sur la production des crimes, tels sont les principaux sujets traités par M. Lombroso.

Ce livre sera le complément de son ouvrage *l'Homme criminel*, dont la publication a produit une si grande impression et a suscité tant de discussions et d'objections auxquelles l'auteur répond victorieusement dans le volume intitulé *l'Anthropologie criminelle et ses récents progrès*, dont nous signalons l'apparition. (1 vol. in-18, 2 fr. 50, Félix Alcan.)

—

Traité pratique des accouchements, par A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition entièrement refondue. Ouvrage complet, 2 vol. in-8°, avec 2 planches coloriées et 930 figures, 30 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

—

Atlas-Manuel d'anatomie descriptive du corps humain, par le Dr A. Prodhomme. Paris, 1890, 1 vol. in-18 contenant 135 planches dessinées et gravées par l'auteur, avec texte explicatif en regard, Cartonné, 10 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Gézard**, ne *constipe pas*.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puisssant reconstituant.

ANÉMIE — LA BOURBOULE Enfants débiles, Voies respiratoires, Maladies de la peau, Rhumatismes — **DIABÈTE**

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — A. Parent, imprim. de la Faculté de médecine
A. Davy, successeur, 52, rue Madame.